

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 décembre 1891, à 1 heure.

Par LOUIS VIBERT

Né au Puy-en-Velay, le 31 mars 1862.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE LA

RÉTENTION DU PLACENTA

DANS L'AVORTEMENT

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

HANOT
MAYGRIER } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

55

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 décembre 1891, à 1 heure.

Par LOUIS VIBERT

Né au Puy-en-Velay, le 31 mars 1862.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE LA

RÉTENTION DU PLACENTA

DANS L'AVORTEMENT

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

HANOT
MAYGRIER } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

—
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEYS.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SECONDE.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTÉTER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées. doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

HOMMAGE RESPECTUEUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE LA
RÉTENTION DU PLACENTA
DANS L'AVORTEMENT

AVANT-PROPOS

Le traitement des avortements est une des questions qui intéressent le plus les médecins. On trouve en effet un grand nombre de femmes dont la grossesse, pour des raisons diverses, n'arrive pas à terme, et qui le plus souvent se complique d'accidents graves, et qui peuvent même mettre la vie de la femme en danger.

Un des accidents les plus fréquents, est la rétention du placenta, question sur le traitement de laquelle les accoucheurs sont loin d'être d'accord. Tandis que les uns, en effet, préconisent le traitement chirurgical, les autres conseillent l'expectation et le traitement antiseptique. Le but que nous nous proposerons dans ce sujet, sera de rattacher à notre avis les partisans de l'intervention chirurgicale, et de ramener à cette méthode qui est la vieille méthode française, ceux qui, par un désir de progrès, ont voulu se

servir toujours du curettage, opération dont les dangers réels ne sont pas compensés par des résultats meilleurs.

Mais qu'il nous soit permis, avant d'aborder ce travail, de remercier ici M. le professeur Tarnier, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et nous aider de ses conseils. Nous n'oublierons jamais l'affection et la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner en toutes circonstances.

Que MM. Reclus, Nélaton et Blum, qui ont bien voulu guider nos études chirurgicales, reçoivent ici l'assurance de notre sincère gratitude. Nous n'oublions pas non plus M. le professeur Grancher, MM. Duguet, Vidal et Fernet, dont nous sommes fier d'avoir été l'élève.

Définition.

Nous ne voulons pas entrer d'emblée dans le traitement de l'avortement sans en donner une définition, définition que nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à l'excellent livre de notre maître M. le Professeur Tarnier : « On désigne sous le nom d'avortement l'expulsion du produit de la conception, avant que le fœtus soit viable, c'est-à-dire avant la fin du sixième mois de la grossesse, car au point de vue légal, le fœtus n'est viable que 180 jours après la fécondation. Il y a peu de temps encore, les accoucheurs pensaient et écrivaient qu'en dépit des limites légales, les enfants n'étaient pas viables avant sept mois, mais aujourd'hui, il est démontré qu'un certain nombre d'enfants, nés à six mois ou six mois et quelques jours, ont pu être élevés, grâce à des soins bien dirigés, et surtout à l'emploi des couveuses et du gavage. »

Quant aux avortements, on peut les diviser en trois groupes bien séparés :

- 1° Ceux du premier et du deuxième mois ;
- 2° Ceux du troisième et du quatrième mois ;
- 3° Ceux du cinquième et du sixième mois ;

Au premier ou deuxième mois, l'œuf est expulsé en bloc, tout à la fois sans être rompu, c'est-à-dire les caduques, le chorion et l'amnios en même temps, les femmes éprouvent de la douleur, il y a même des hémorrhagies. C'est ce que les femmes appellent un retard.

Nous laisserons de côté toute cette partie qui ne nous intéresse pas, en ce sens qu'on n'y rencontre jamais la rétention du placenta, et que de plus il est très difficile, d'obtenir, des femmes, des renseignements exacts à ce sujet, les malades qui viennent à l'hôpital dans cet état ayant presque toujours intérêt à cacher la vérité.

Le second groupe, au contraire, attirera toute notre attention, en ce sens, que c'est au troisième et quatrième mois qu'on rencontre le plus souvent la rétention du placenta dans les avortements. Ces avortements sont caractérisés, soit par des douleurs, soit par des hémorrhagies, ces deux symptômes variant ordinairement en raison inverse l'un de l'autre, c'est-à-dire que s'il existe de violentes douleurs, les hémorrhagies sont très faibles, si au contraire les hémorrhagies sont très fortes, les douleurs sont très amoindries.

On remarque également, que dans ce groupe le fœtus est assez souvent expulsé soit seul, soit avec le cordon ombilical. Quant au placenta, il reste alors plus longtemps dans la cavité utérine, la délivrance est alors dite tardive ; s'il ne sort pas, on dit qu'il y a rétention du placenta.

Au cinquième et sixième mois, l'avortement est un accouchement à terme en miniature. Ce groupe aussi ne nous occupera que fort peu, car là, la conduite à tenir est à peu près identique à celle à suivre dans un accouchement normal.

Il est bien entendu que nous ne parlerons pas ici, de l'avortement provoqué dans le but de faire passer un fœtus avant terme à travers un bassin rétréci, c'est-à-dire ayant

moins de 65 millimètres de diamètre, ou de prévenir des vomissements incoercibles, etc., etc.

Nous ne nous occuperons pas non plus des causes qui peuvent provoquer l'avortement, causes qui peuvent être spontanées, pathologiques, voulues ou criminelles. Nous nous bornerons ici à passer en revue les différents procédés ayant été préconisés, pour traiter la rétention du placenta.

Historique (1)

Comme nous l'avons fait pressentir, les accoucheurs et les gynécologistes ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta.

Les uns sont d'avis d'une intervention active, les autres au contraire conseillent de laisser à la nature le soin de vider l'utérus, mais tous deux se recommandent de l'antisepsie la plus rigoureuse. De part et d'autre, nous trouvons des observations probantes, mais les statistiques, la logique, la prudence sont en faveur de l'expectation, méthode que nous préconisons.

Si nous lisons les auteurs anciens, nous voyons qu'ils considéraient comme un danger véritable, soit dans les avortements, soit dans les accouchements, le séjour dans l'utérus du délivre ou de ses annexes. Aussi, intervenaient-ils rapidement. Telle était la manière d'agir d'Hippocrate, Celse, Gallien.

Mais, nous voyons avec Ambroise Paré apparaître une autre méthode ; il conseille, le premier, l'injection dans la matrice « de choses aromatiques, glaireuses et rémollissantes », ainsi que les diaphorétiques et les sternutatoires, pour faciliter les efforts de la femme. Il ne veut donc pas de l'intervention immédiate, mais bien au contraire, il essaie d'aider la nature, et quand il voit qu'il faut en arriver à l'in-

(1) Nous avons pour ce chapitre fait de nombreux emprunts aux Thèses de MM. Gerbaud, Genesteix et Audebert.

tervention, il s'élève contre la façon brutale et désordonnée de ses prédécesseurs pour vider l'utérus, et donne les sages conseils qui suivent : « La sage-femme mettra sa main » doucement dans la matrice, ointe d'huile ou de quelque » axonge, et suivra le nombril qui lui servira de guide pour » prendre l'arrière-faix, et le séparera, s'il est encore adhé- » rent contre le fond de la matrice, *avec les doigts* seule- » ment, le tournant de côté et d'autres, et le tirera non par » violence comme font les folles et idiotes matrones..... ; » car, en le tirant rudement, on peut rompre ou dilacérer » quelques veines, artères ou fibres et ligaments nerveux, » où la dite matrice est liée et attachée dont le sang sort ; » et étant sorti de ses propres vaisseaux se corrompt et pu- » tréfie, cause inflammation, gangrène, et par conséquent » la mort ».

Guillemeau est encore plus patient et cela parce qu'il connaît bien tous les dangers auxquels est exposée la femme qui n'a pas expulsé son placenta : « Et même que le pla- » centa étant retenu, il apporte de très pernicioeux accidents, » comme défaillance, oppression et suffocation de la mère, » voire même en se pourrissant, peut être occasion de mort.

» Pour à quoi obvier, il faut être diligent à le faire sor- » tir, ou tirer sans se précipiter et patienter un peu en le » maniant et branlant toujours ».

Mauriceau résume sa pratique dans les quelques mots suivants : « Injections dans la cavité utérine pour la débar- » rasser du corps qu'elle contient, cause de putridité, mais » s'il survient une perte, ne pas rester oisif, se servir de la » pince à faux germe, ou des doigts, pour extraire le pla- » centa, cause de l'hémorrhagie ». Par conséquent, Mauri-

ceau conseille donc, dans les cas d'infection, le lavage seulement, et ce n'est que pour combattre l'hémorrhagie qu'il a recours à l'intervention active, manuelle ou instrumentale.

Dans un autre passage, il conseille d'avoir recours à l'expression utérine. On voit que la manœuvre dite de Crédé n'est pas tout à fait récente, et est bien d'origine française : « S'il se rencontre une plus grande difficulté à la chose, on » pourra, au besoin, après avoir reconnu de quel côté l'arrière-faix est situé, commander à une garde bien avisée » de presser légèrement, avec le plat de la main, le ventre » de l'accouchée, le menant doucement en bas, comme par » manière de frictions, et ayant égard surtout à ne le faire » trop rudement. Mais si, par tout cela, on ne peut l'avoir, » on sera obligé de porter la main dans la matrice ».

Pendant tout le XVII^e siècle, les accoucheurs restent divisés.

Au XVIII^e, si quelques auteurs tels que Portal, Haller, Lamothe, sont partisans de l'intervention active et hâtive, d'autres tels que Rupels, Puzols, Recolin, et surtout Levret qui est le premier qui nous ait donné des indications cliniques sur la conduite à tenir dans les cas graves de rétention placentaire, sont d'un avis opposé.

Baudelocque établit une distinction précise entre deux cas particuliers : « Si l'on est près de la femme, dans le moment où la poche des eaux vient à s'ouvrir aussi prématurément, il faudrait introduire un ou deux doigts dans » l'orifice de la matrice, s'il était assez grand : 1^o afin d'entretenir cette sensibilité ; cette irritabilité si nécessaire » aux progrès de l'action expulsive de la matrice ; 2^o pour

» empêcher cet orifice de se contracter sur lui-même et favoriser sa dilatation ultérieure jusqu'à ce qu'elle suffise pour la délivrance. »

» Mais le chirurgien accoucheur n'est appelé qu'après la rupture des membranes. Ici, il faut savoir attendre : et l'on doit : « se borner à solliciter vivement l'action de la matrice et à la faire contracter avec assez d'énergie pour achever de détacher et d'expulser le placenta. »

Mme Lachapelle, reconnaît les dangers que peuvent faire courir les instruments, et c'est ainsi qu'elle s'exprime :

« Quant à l'extraction forcée du placenta, et aux autres instruments conseillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi que je regarde comme impossible dans le cas d'occlusion complète, comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours dangereux. Tout au plus doit-on se permettre ainsi que je l'ai exécuté plusieurs fois, d'attirer le placenta lorsqu'il est détaché, et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert. Pour cela, deux doigts suffisent et l'on ne risque pas de rompre le délivre et d'en laisser dans l'utérus, une portion plus difficile à extraire, par cela même qu'elle est plus petite, et qu'elle offre moins de prises aux efforts de la matrice ».

Mme Boivin dit, que s'il n'y a pas d'hémorrhagie, il faut attendre, mais toujours bien se garder de rompre les membranes.

« Laisser sortir l'œuf tout entier si c'est possible. Si les membranes se rompent, et qu'il survienne une hémorrhagie, ce qui est normal, appliquer un tampon. Si l'hé-

» morrhagie devient inquiétante, extraire le placenta, mais » avec les doigts ».

Nous arrivons au commencement de ce siècle, et on voit alors un mouvement bien net se former en faveur de l'intervention, mouvement qui prend naissance en Allemagne, puis l'Angleterre et l'Amérique suivent cet exemple.

En France, l'expectation a encore conservé tout son prestige et tous nos maîtres nous enseignent qu'à moins d'urgence absolue, il faut laisser faire la nature. M. le D^r Doléris, accoucheur des hôpitaux, a voulu dans ces derniers temps réagir contre cette tendance, et partisan déclaré de l'intervention active il a fait paraître un mémoire et des observations à l'appui.

Nous allons passer en revue un grand nombre d'auteurs étrangers et Français et exposer leurs opinions, mais nous nous attacherons surtout à ceux ayant vécu, ou vivant encore, à une époque, où les moyens antiseptiques dont on dispose, pouvaient, dans une certaine limite donner raison à tous.

Osiander conseillait déjà l'enlèvement des restes de l'œuf après l'avortement ; mais dans certains cas, il pensait que ce n'était pas absolument indispensable « parce que le placenta ne pouvait se résorber et qu'il craignait plus d'ouvrir le col de force que de laisser les résidus dans l'intérieur ». Cependant en faisant usage de l'éponge préparée, il se déclarait partisan de l'intervention.

Corder, de Genève, en 1876, recommandait les médicaments internes avant toute intervention active.

Kehrer défend d'agir avant la troisième ou quatrième semaine tant que les lochies n'ont pas perdu leurs pro-

priétés d'infection. Schröder est partisan de l'expectation.

Spiegelberg n'admet comme intervention que l'expression utérine.

Beusche, dans une communication à la Société de gynécologie, a montré que, même dans le cas de lochies fétides, la méthode d'expectation peut être rendue inoffensive en prenant des précautions suffisantes.

Schwartz conseille l'expectation avec tamponnement contre l'hémorrhagie et n'arrive à l'intervention active que lorsqu'il y a des signes de putréfaction de l'œuf, de la fièvre, etc., etc.

Hueter propose le raclage de la cavité utérine en détachant les résidus de haut en bas.

Veit est partisan d'une intervention rapide, il veut à tout prix extraire le placenta, puis il fait à l'intérieur des injections soit avec de l'acide phénique à 5 0/0 soit avec du perchlorure de fer.

Fehling aussi est d'avis du curettage, et termine aussi l'opération par une injection intra-utérine avec une forte solution phéniquée.

Batters conseille le grattage de la cavité utérine avec la curette de Simon « procédé innocent et qui ne nécessite pas la dilatation préalable ». Il fait à la suite du drainage pendant une huitaine de jours.

Küster, d'Iéna, désinfecte puis gratte à la curette pour empêcher les débris placentaires de s'organiser en polypes fibreux.

Munde conseille le grattage à la curette de Simon.

Martin et Duvallus sont encore plus entreprenants, dès que l'avortement est commencé ils interviennent sans même

attendre l'expulsion du fœtus, qu'ils extraient de force et souvent en morceaux.

Scanzoni est du même avis.

Moyer cite soixante et une observations de curettage et injections au perchlorure de fer. Il ne rapporte qu'un cas de septicémie et mort.

Macau dilate le col par un tampon, et dans le cas d'hémorrhagie ou d'infection putride, il gratte après avoir fait des lavages au sublimé.

Walton préconise le curettage de l'utérus, mais seulement pour les cas graves.

Edis, de Kent, conseille de dilater le col et de faire des irrigations utérines antiseptiques.

Sullivan conseille d'intervenir hâtivement et activement.

Bold cite un cas d'hémorrhagie qui n'a pu être arrêté que par le grattage de l'utérus.

Warner se basant sur trois observations, conclut que le meilleur moyen d'éviter l'hémorrhagie est de vider l'utérus.

Simpson abaisse l'utérus et fait le curettage.

Churchill conseille l'expectation tant que rien de grave ne commande une intervention.

Barnes veut qu'on vide l'utérus.

Macdonald conseille en cas de nécessité l'intervention, mais avec le doigt.

Mathews Duncan, est d'avis en cas d'hémorrhagie grave, d'aller vider l'utérus avec le doigt des débris placentaires et de faire ensuite des injections.

Bergésio conseille le raclage de l'utérus, puis des injections, soit de teinture d'iode pure soit coupée avec de la glycérine, il cite à l'appui quatre observations. Ce traitement

est à vrai dire institué contre l'endométrite chronique.

W. T. Cheatham déclare que vu les dangers que font courir à la femme qui vient d'avorter, les hémorrhagies et la rétention du placenta, il faut intervenir. Et pour cela faire, il se sert d'un instrument qu'il a inventé et qui a la forme d'une cuillère fenêtrée, ovale, à bord mousse. Il l'introduit dans la cavité utérine guidée par une main, et s'en sert pour détruire les connexions utéro-placentaires. L'opération se termine par l'extraction du placenta décollé au moyen des doigts ou d'une pince quelconque.

Martinow, de Saint-Pétersbourg, est absolument partisan de la curette, et préfère ce procédé à l'injection intra-utérine chaude comme hémostase.

En France, à quelques exceptions près, tous les auteurs se sont prononcés et se prononcent encore en faveur de l'expectation. C'est M. Doléris, croyons-nous, qui est le premier à avoir érigé la pratique de l'intervention.

Notre maître, M. le professeur Tarnier, enseigne depuis longtemps que l'on doit s'abstenir, et que l'on doit tout en faisant des injections antiseptiques laisser faire la nature, quitte dans certains cas, rares il est vrai, à intervenir.

Traitement.

§ I.

Comme nous venons de le voir dans l'historique le traitement de la rétention du placenta dans les avortements se compose de trois méthodes :

Le curettage à la curette ;

Le curettage ou mieux le curage digital ;

L'expectation armée (antiseptique).

Nous allons tâcher dans ce chapitre d'exposer ces trois méthodes, de voir ce qu'elles ont de défectueux, et dans quels cas elles sont plutôt applicables.

Le curettage, qui a réuni quelques adeptes en France depuis 1886, époque où a paru le mémoire de M. le Dr Doleris, doit surtout à l'antisepsie, croyons-nous, la vogue qu'il a eu un moment. Nous savons tous en effet, que depuis les célèbres découvertes de Lister, de Pasteur, on peut impunément faire telle ou telle opération réputée mortelle quelques années auparavant. Aussi ne devons-nous pas être étonnés de voir que certains accoucheurs préconisent le curettage toutes les fois que les suites de couches ou d'avortement sont suivies d'hémorrhagie ou de rétention du placenta. Ils se fondent sur ce principe que les hémorrhagies étant la plupart du temps la suite de rétention du placenta, soit en totalité, soit en partie, du moment qu'ils l'auront enlevé, les hémorrhagies cesseront.

Ou bien, disent encore les partisans de la méthode du curettage, pourquoi laisser dans l'utérus un corps qui peut amener, par sa décomposition, des conséquences aussi graves que l'infection purulente, quand, grâce à l'antisepsie, vous pouvez, sans danger pour la malade, la préserver par le curettage de toutes complications.

Ils auraient raison, s'il en était toujours ainsi, et si le curettage était à l'abri de tout danger, malheureusement il n'en est rien, et voici ce que nous pouvons reprocher à cette méthode :

1° De provoquer des hémorrhagies. Nous en trouvons deux cas dans la thèse de M. Audebert, l'un de M. Wisard et l'autre de M. Moses. L'opération avait été pourtant faite complètement, et l'on avait promené la curette dans tous les sens pour s'assurer qu'il ne restait plus de débris et que le placenta était enlevé en totalité. Nous avouerons nous-mêmes, que cet accident est rare, mais il est possible, puisque nous en citons deux faits.

2° La perforation de l'utérus.

Les exemples en sont assez fréquents, et sont dus, croyons-nous, soit à une direction anormale de l'utérus, soit à une résistance moindre du tissu de l'utérus, auquel cas, on peut perforer l'utérus sans pour cela développer une grande vigueur, et nous voyons dans la littérature médicale, des exemples de mort par perforation de l'utérus, malgré l'assertion d'Homing, qui perforait le tissu utérin avec l'hystéromètre pour montrer à ses élèves l'innocuité de cette manœuvre.

3° La curette n'enlève pas tout, et c'est souvent que le lendemain et jours suivants, les injections intra-utérines

ramènent des parcelles de placenta, restées encore dans l'utérus. L'opération n'est donc pas toujours aussi complète qu'on semble le dire, témoin le cas assez bizarre cité par Moses, où après un raclage, un lavage et une cautérisation au perchlorure de fer de la cavité utérine on vit le lendemain, sortir : « un fœtus sans jambes, long de six à sept » centimètres, qui malgré l'emploi de la curette tranchante, » était demeuré dans la cavité utérine sans donner lieu » à aucun symptôme ».

4° La curette est aveugle et peut aller souvent bien plus loin que ne le veut l'opérateur, malgré l'assertion de Vulliet : « La mollesse, la friabilité des tissus pathologiques » donnent des sensations très différentes de celles trans- » mises par le contact du tissu normal. Le raclage des » parties molles, communique à la main des vibrations » faibles, celui des tissus sains produit une véritable cré- » pitation perceptible par l'ouïe ».

5° Si les résultats immédiats de cette méthode sont peut-être encourageants, les conséquences éloignées sont-elles aussi favorables ? Nous ne le croyons pas, car d'une part, nous trouvons des cas où, malgré le curettage, la septicémie a suivi son cours. D'autre part, nous voyons des observations, où de l'endométrite, de la pelvi-péritonite, et trois cas de phlegmon pelvien ont été la suite du curettage.

Nous avons trouvé enfin une vingtaine d'observations suivies de mort. Nous voulons bien admettre, que la terminaison fatale ne soit pas dans tous ces cas, imputable au curettage, mais nous voulions seulement démontrer, que cette opération malgré l'antisepsie n'est pas aussi inoffensive qu'on aurait bien voulu le dire tout d'abord.

Nous savons bien qu'on ne doit pas s'attendre à trouver la guérison immédiate, après toutes les opérations quelles qu'elles soient, et que toutes selon les cas sont sujettes à des complications immédiates ou éloignées, mais nous voudrions seulement démontrer, que dans la grande majorité des avortements, elle est inutile, et qu'on doit au moins tout d'abord lui préférer l'expectation armée, méthode que nous étudierons, après avoir exposé le curage digital.

§ II.

De l'avis de beaucoup de chirurgiens et d'accoucheurs, le doigt est le meilleur instrument et le plus fidèle. Seul, il peut juger et pour ainsi dire voir ce qu'il fait. Seul, il va jusqu'où il veut aller et pas au delà, seul encore il agit et contrôle en même temps les résultats de son action.

Aussi, ne doit-on pas s'étonner que de tout temps on ait cherché à l'utiliser pour l'extraction du délivre. Mais lui aussi a été incriminé soit par les partisans de l'expectation, soit par ceux de la curette.

Ces derniers lui reprochent d'être très difficile à antiseptiser, d'être plus gros qu'une curette et par conséquent plus difficile à introduire dans l'utérus, et en tous cas plus douloureux, de ne pas être assez long, dans le cas où le placenta serait inséré sur le fond de l'utérus.

Nous lui reprochons, nous, comme à la curette, d'être quelquefois incomplet, c'est-à-dire de laisser séjourner dans l'utérus des débris de placenta, quoique cependant bien moins souvent. Car comme le dit M. Budin, rien n'empêche une fois l'opération terminée, de réintroduire le doigt

et de s'assurer que l'utérus a bien été complètement vidé. Mais pour cette méthode comme pour celle du curettage, nous disons qu'elle est rarement indiquée, quoique nous la croyons bien supérieure à la curette, qui elle est aveugle et peut déchirer l'utérus.

Nous leur préférons de beaucoup l'expectation armée, qui est la vieille méthode française, et qui est défendue non seulement par l'autorité de M. le professeur Tarnier, mais encore par la majorité des accoucheurs des hôpitaux de Paris.

§ III.

L'expectation armée, consiste, quand on se trouve en présence d'une femme qui vient de faire une fausse couche dont le placenta est retenu, en :

1° L'emploi du traitement prophylactique, c'est-à-dire des injections antiseptiques vaginales chaudes à 45 ou 50 degrés pour éviter la septicémie.

2° Après plus de six heures quand la rétention est confirmée, quand on a ni complications hémorrhagiques, ni septicémiques, on fait une injection intra-utérine, et pour cela on a plusieurs antiseptiques, le premier qui est le plus efficace est le bichlorure de mercure au $\frac{5}{1000}$, mais cet antiseptique est beaucoup trop énergique, il ne faut pas oublier que nous avons à faire à un utérus malade et qui absorbe très facilement les liquides et étant donnée la fréquence des injections qu'on est obligé de faire de trois à quatre fois par jour et quelquefois davantage, on a à craindre l'empoisonnement. Nous en dirons autant pour tous les autres sels de mercure.

L'acide borique, lui, est un antiseptique insuffisant, dans lequel l'accoucheur ne doit avoir aucune confiance.

L'acide phénique est déjà plus facilement maniable mais il faut d'abord tâter le terrain sur lequel on doit l'employer. Tous les chirurgiens et accoucheurs savent en effet que certaines personnes supportent très mal cet antiseptique qu'on retrouve dans les urines colorées en noir.

Le sulfate de cuivre aurait encore nos préférences, le seul reproche que nous ayons à lui adresser, c'est qu'il durcit et rend pour ainsi dire ligneuses les parties vaginales et vulvaires avec lesquelles il est en contact.

Le permanganate de potasse ne nous présente aucun des inconvénients ci-dessus mentionnés. Il offre de plus l'avantage de colorer la solution, et de la rendre ainsi parfaitement reconnaissable. Il est de plus très facilement soluble dans l'eau, et antiseptique même à très faible dose. On peut lui faire le reproche de tacher le linge et les mains de l'opérateur, mais avec une solution de bisulfite de soude, on dissout très facilement les taches produites sur les mains.

C'est donc à cet antiseptique que nous nous arrêterons et nous ne pouvons mieux faire que de donner la formule de notre maître, que nous voyons journellement employer à la clinique :

Permanganate de Potasse Cinquante centigrammes
Eau distillée et bouillie Un litre.

On fait avec cette solution trois injections vaginales en 24 heures, suivies de suite d'un pansement vulvaire à la gaze iodoformée, et on attend ainsi patiemment la sortie du placenta pendant huit jours, quinze jours, un mois, deux mois.

A un moment donné la femme est prise de contractions, le col s'entrouvre et on n'a alors qu'à cueillir le placenta qui est à la vulve.

Pendant tout ce temps on prendra matin et soir la température de la malade, et on la soumettra à un régime tonique.

Dans les cas de rétention avec accidents :

1° Hémorrhagie : beaucoup d'accoucheurs ont employé le seigle ergoté, soit en injections hypodermiques, soit à l'intérieur. C'est un médicament que nous rejetons absolument et auquel on ne peut avoir recours que lorsque l'utérus est absolument vide. Nous conseillons de se contenter des injections antiseptiques chaudes au permanganate de potasse, et de faire le tamponnement intra-vaginal.

Si l'hémorrhagie ne cesse pas, et que le col soit fermé, il faut d'abord dilater le col avec le dilatateur Tarnier, et faire le curage digital avec toute l'antisepsie possible. On s'assurera avec un doigt que l'expulsion est complète.

2° Septicémie : faire avec une solution phéniquée à $\frac{20}{1000}$, 3 injections intra-utérines par jour qui auront pour but de tuer le vibrion septique, et pour éviter l'accumulation de l'acide phénique faire également des lavages avec la solution au permanganate. Régime tonique. Sulfate de quinine, 1 gramme par jour.

Voici donc ce que nous conseillons, quand on se trouve en présence d'une femme qui vient de faire un avortement, et dont le placenta est resté dans l'utérus.

Il faudra commencer par donner à la femme des injections au permanganate de potasse à $\frac{1}{2000}$, injections qui seront à la température de 45 à 50° : car à cette température,

elles sont hémostatiques, et permettront ainsi d'arrêter l'hémorrhagie si fréquente dans les avortements. On en ferait prendre trois par jour. Entre chaque injection il faut faire à la vulve un pansement antiseptique soit iodoformé soit salolé.

Souvent ce seul traitement suffira et cinq, six heures après, la femme expulsera son placenta, on n'aura plus qu'à continuer les injections et le pansement à la vulve et tout rentrera dans l'ordre, si toutefois on n'a négligé aucune des règles de l'antisepsie.

Dans les cas d'hémorrhagies graves on n'hésitera pas à faire le curage digital.

OBSERVATION I.

Curettage de l'utérus chez une malade atteinte de septicémie, due à la rétention des débris de l'œuf, après un avortement de quatre mois. — Guérison, par le Dr TAUBETIT (Archives de Tocologie, mai 1890, page 283).

Mme S..., lingère, jouit d'une bonne santé ordinairement, pas d'antécédents héréditaires. Elle a eu la rougeole dans son enfance et une angine pseudo-membraneuse à 11 ans.

Le début de la menstruation a eu lieu à 11 ans 1/2, depuis elle a toujours été bien réglée.

A 23 ans 1/2, elle épouse un homme d'apparence chétive, qui a la nuit des sueurs abondantes, s'enrhume facilement et est alcoolique.

Quinze mois après ce mariage naît un premier enfant, qui meurt à cinq mois d'une méningite. Le second accouchement se fait deux ans plus tard ; l'enfant meurt à six mois d'une méningite.

Enfin les règles se suppriment du 9 au 12 octobre, une troisième grossesse se déclare, et suit son cours normal, lorsqu'au commencement de février 1890, la malade reçoit un coup de poing dans l'ab-

domen. Elle n'en ressent tout d'abord aucune douleur, mais le 11 février, elle s'aperçoit qu'elle est toute mouillée. Une sage-femme appelée, l'examine, mais ne se prononce pas sur le diagnostic.

Le 12 février 1890, la malade avorte à 7 heures du matin, le fœtus sort par les pieds. La sage-femme, sans prendre aucune précaution antiseptique, sans même se laver les mains, introduit les doigts dans le vagin, et extrait le fœtus. Le placenta, vient avec le cordon, mais il est incomplet et l'on prescrit des injections vaginales avec une solution phéniquée.

Pendant toute la journée, il s'écoule par le vagin, un liquide roussâtre, contenant quelques débris. Le jour suivant, il sort une assez grande quantité de débris qui sont comparés à des morceaux de chair en décomposition, puis cet écoulement se tarit.

Le 18 février, le mari rentrant ivre, chez lui, oblige sa femme à pratiquer deux fois le coït malgré sa faiblesse, et la douleur qu'elle accuse dans le ventre.

Le 20, la malade se lève pendant deux heures, la sage-femme fait cesser les injections phéniquées.

Le 21, la malade reprend sa vie ordinaire, elle souffre toujours du ventre et a une nuit agitée.

Le 6 mars, elle fait une promenade, et s'aperçoit qu'un liquide roussâtre et à odeur nauséabonde tache son linge.

Le 11, après avoir beaucoup souffert du ventre et du côté droit, la malade a une hémorrhagie qui continue les jours suivants.

Elle s'alite le 13 mars, la fièvre s'allume, la langue devient saburrale.

La sage-femme consultée, dit que c'est le retour des couches, le ventre est très ballonné.

Le 14, le médecin prescrit un gramme de sulfate de quinine et une potion tonique, le ventre se distend de plus en plus, mais diminue de volume le lendemain.

Le 16, la malade prend de nouveau un gramme de sulfate de quinine, on lui applique sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés, et elle prend un lavement glycéринé.

L'hémorrhagie continue jusqu'au 19 mars.

Le 20, je suis appelé et je constate par la palpation, un utérus gros comme un poing, douloureux à la pression, les ganglions inguinaux sont indurés.

Par le toucher, je trouve le col derrière la symphyse pubienne, l'utérus en rétro-flexion. Les deux culs-de-sac sont douloureux, mais particulièrement, le cul-de-sac latéral gauche.

L'écoulement a une odeur infecte.

La température prise sous l'aisselle est de 38°,4.

Rien au cœur ni aux poumons, nulle trace de syphilis.

Le 21 à 9 heures du matin, la malade est endormie sous le chloroforme, le docteur Auvard fait un lavage vulvaire complet avec le savon et une solution au sublimé, puis procède au curettage utérin.

L'abaissement du col est relativement facile, la dilatation du canal cervical se fait avec le dilatateur à tulipe, et le curettage avec la curette irrigative Auvard. On enlève ainsi, 25 grammes environ de débris utérins. On termine l'opération par un grand lavage antiseptique avec une solution phéniquée à 2 0/0, et l'on cautérise la muqueuse utérine avec de la glycérine créosotée à 2 p. 40.

La température axillaire prise deux heures après l'opération donne 37,4.

Depuis ce moment la température axillaire prise matin et soir à oscillé entre 36°8 et 37°6.

Des injections phéniquées ont été faites matin et soir.

Il y a à signaler un écoulement de pus assez abondant pendant les quatre premiers jours mais non fétide et bien lié.

J'ai été obligé de faire le cathétérisme pendant dix jours : la constipation a été opiniâtre, mais ces deux phénomènes, parésie vésicale et constipation ont disparu dès que la malade s'est levée.

Le douzième jour, la malade reprenait peu à peu sa vie ordinaire et le quinzième jour, la guérison semblait arrivée.

J'ai revu depuis Mme S... qui est complètement rétablie.

OBSERVATION II.

Curage digital de l'utérus, dans un cas d'hémorrhagie grave consécutive à un avortement de trois mois, par le docteur MAXIME CHA-
LEIX, ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Bordeaux).

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'anatomie, un fragment de placenta extrait par le curage (1) digital, dans un cas d'hémorrhagie, immédiatement consécutive à une fausse couche de trois mois. Cette pièce n'a d'autre intérêt pour moi que de m'autoriser à exposer devant vous en peu de mots un fait de clinique obstétricale.

Je fus appelé, il y a environ dix jours, chez une femme âgée de 35 ans, enceinte pour la quatrième fois, et dont la grossesse paraissait remonter à trois mois.

Cette femme avait éprouvé la veille en soulevant un fardeau, une sensation pénible dans l'hypogastre. Presqu'aussitôt, s'était déclarée chez elle, d'abord faible, puis plus intense, une perte de sang qui accompagnée de contractions utérines n'avait fait que s'accroître. Toute la nuit, elle avait perdu du sang, presque sans interruption. C'est seulement au matin, qu'on fit venir auprès d'elle une sage-femme. La malade était dès ce moment très affaiblie, elle était très pâle, et sentait « l'estomac lui manquer » ; justement préoccupée de cette situation, la sage-femme eut la bonne idée de faire en toute hâte deux injections sous-cutanées d'éther, d'abaisser la tête de sa cliente et de lui donner une grande injection vaginale chaude qui arrêta pour un instant l'hémorrhagie.

Pratiquant alors le toucher, elle ramène entouré de caillots volumineux, un petit embryon réuni par un cordon grêle, filiforme, à un placenta qu'elle croit complet. Cette pièce ne fut malheureusement pas conservée ; mais l'hémorrhagie qui avait cessé un instant recommença, et l'état général devint si grave, que la sage-femme fit solliciter mon assistance.

(1) « J'emploie à dessein le terme curage digital et non curettage ; il me semble » en effet, qu'il faut garder le mot curettage pour les interventions instrumentales, celles qui nécessitent l'emploi de la curette ».

A mon arrivée, je trouvai la malade absolument décolorée, le poulx était filiforme, les téguments étaient froids, la mort paraissait imminente. J'estimai que si la perte de sang continuait plus longtemps, un dénouement fatal ne tarderait pas à se produire. Je procédai rapidement à une soigneuse asepsie de mes mains, pendant qu'on donnait une injection d'eau très chaude légèrement sublimée. Le vagin était obstrué de caillots que je déblayai à la hâte, le col était abaissé, très accessible quoique dirigé absolument en arrière et largement ouvert. Le corps de l'utérus très ramolli, remontait à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Saisissant fortement le corps de l'utérus, et le maintenant au travers des parois abdominales à l'aide de ma main gauche, j'introduisis aisément mon index droit dans le canal cervical béant. Je trouvai aussitôt encore à demi-adhérent, le fragment placentaire que je mets ici sous vos yeux, et le décollai en promenant mon doigt le long de la paroi antérieure de l'utérus tout à fait à droite et en haut. Je le ramenai au dehors et introduisant de nouveau mon doigt, je procédai à un véritable curage de l'utérus en toutes ses parties, explorant surtout avec insistance, la région de la corne droite, dont je retirai de nombreux débris cotylédonnaires. Avant d'ôter mon doigt, je pus m'assurer que l'utérus ne contenait plus ni fragments annexiels ni caillots.

Très peu douloureuse, l'opération n'avait pas duré quatre minutes ; une longue injection intra-utérine fut donnée, le liquide revint au dehors presque clair, l'hémorrhagie avait complètement cessé.

Trois injections sous-cutanées d'une solution de caféine titrée à vingt centigrammes d'alcaloïde par seringue de Pravaz, et des inhalations d'oxygène parvinrent à relever l'état général de la malade qui reprit peu à peu ses forces.

L'utérus est revenu aussitôt sur lui-même, il ne dépasse plus le pubis que de deux travers de doigts, il est globuleux, rétracté. Le toucher peut également constater ce phénomène intéressant à savoir que, aussitôt après l'intervention, le canal cervical largement béant jusque-là, reprend son calibre et sa forme physiologiques, au point que l'isthme, dès les jours suivants, offre presque une certaine résistance aux injections intra-utérines faites par mesure de prudence.

L'involution a été des plus rapides, au bout de six jours, l'utérus a entièrement disparu dans l'excavation pubienne.

L'opportunité de l'extraction digitale des éléments placentaires retenus dans l'utérus peut être étudiée aux deux points de vue de la septicémie et de l'hémorrhagie post abortive. Je ne veux considérer ici que ce dernier côté de la question. Le premier a été fort bien traité par mon ami le Docteur Audebert dans un excellent mémoire encore récent (1). Je prétends montrer simplement que dans un cas d'hémorrhagie abortive grave, lorsque chaque goutte de sang versé ôte une chance de survie, l'intervention digitale, si elle est possible, offre des ressources immédiates et puissantes mieux que tout autre agent. En effet, le doigt fouille en tous points l'utérus que la main mise en rapport avec l'hypogastre, maintient et incline même dans les divers sens favorables à l'investigation. Du même coup, il découvre le ou les fragments dont la rétention entretient l'écoulement sanguin et en opère l'extraction. Pendant cette manœuvre, son rôle est double : il débarrasse l'utérus de son contenu, et par son contact direct avec la surface intra-utérine, par l'action irritante du courage auquel il se livre, il éveille la contractibilité des fibres musculaires et met en jeu les ligatures vivantes qui obturent les vaisseaux béants.

Dans l'observation que j'ai résumée devant vous, le courage digital a eu pour effets instantanés, l'hémostase et le retrait de l'utérus que j'ai pu voir aussitôt devenir dur et rétracté.

Le tamponnement si vanté par les auteurs agit de deux façons, d'abord il constitue une obturation de l'utérus, et permet la formation de caillots hémostatiques ; ensuite, et c'est là son principal avantage, il exerce sur le col et par suite, sur la totalité de l'utérus, une irritation qui se produit par les contractions musculaires de l'organe.

(1) *De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive*, Paris, req. 90.

Nous pourrions dire, que le tampon si bien fait qu'il soit, et si peu avancée que soit la grossesse n'empêchera pas la production d'un léger degré d'hémorrhagie interne qui peut devenir fatal, s'il reste à la femme peu de sang à perdre. De plus, il est long, il est difficile de bien appliquer un tamponnement suffisant pour être efficace; l'introduction de nombreux bourdonnets de ouate, devient bientôt insupportable aux femmes déjà énervées par l'hémorrhagie; elles se défendent, par leurs plaintes, par leurs mouvements contre cette manœuvre douloureuse. Et c'est ainsi que le tamponnement, le plus souvent incomplet constitue à l'égard du danger une sauvegarde illusoire et devient la source d'une trompeuse sécurité. D'ailleurs, quel qu'il soit, le tamponnement n'éveillera jamais la rétractilité de l'organe avec autant de rapidité et d'énergie que la manœuvre intra-utérine du curage digital. C'est ainsi que nous avons pu, au cours de notre intervention, percevoir à la fois par le palper et le toucher que l'utérus reprenait progressivement sa forme et sa tonicité normales, pour les reconquérir tout à fait une fois l'opération terminée.

Sans doute, le curettage instrumental, que la curette soit mousse ou mieux, qu'elle soit tranchante, évacuera l'utérus avec plus de force, et apportera à ses fibres une excitation tout au moins aussi violente que le curage digital, mais cette opération ne peut être aussi extemporanée, il faut mettre la patiente, dans la position obstétricale dorso-sacrée, introduire une valve ou un spéculum, saisir le col, et le maintenir au moyen d'une pince, tous apprêts auxquels on n'a pas toujours le temps de recourir dans une hémorrhagie grave à échéance menaçante et prochaine. Le curettage ins-

trumental est une opération précieuse, et dont rien n'égale la valeur lorsqu'il s'agit, à la suite d'une perte de sang secondaire ou bien d'accidents puerpéraux infectieux, d'abraser profondément une muqueuse envahie pas des fongosités, ou des éléments septiques, mais il cède le pas, semble-t-il, au curage digital toutes les fois qu'un avortement incomplet a créé une situation alarmante et demande une intervention immédiate et vigoureuse. C'est le grand mérite du curage digital de n'exiger ni apprêts ni aides, ni appareils spéciaux comme le curettage instrumental ; il suffit d'avoir à sa disposition un tube ou un bocal quelconque à irrigation, une solution antiseptique, et une sonde intra-utérine de Budin, de Doléris ou de Lefour. Ces deux dernières et surtout celles de Lefour ont l'avantage de maintenir un écartement convenable du canal cervical pour permettre l'élimination aisée des débris détachés.

Dans la grande majorité des cas, il est inutile de déplacer la femme souvent affaiblie et à laquelle le moindre mouvement pourrait être fatal. Dans l'observation que je rapporte ici, ainsi que dans deux autres citées par M. Audibert dans son mémoire, j'ai pu opérer en laissant les femmes dans leur lit, et dans la position ordinaire du toucher. J'aurais craint tant leur état était grave de provoquer chez elles une syncope, en les faisant mettre dans la position obstétricale dorso-sacrée.

Il n'y a qu'à introduire dans le vagin, puis dans l'utérus un ou deux doigts de la main droite ou gauche, suivant la direction du lit de la malade, pendant que l'autre main, par une pression sur l'hypogastre, provoque ou accentue l'abaissement de cet organe.

Le plus souvent, après une fausse couche de trois ou quatre mois l'utérus est naturellement très abaissé ainsi que l'a dit Guéniot. Mais même quand cet abaissement n'a pas lieu, si le col au lieu d'être béant, est à peine entr'ouvert, nous estimons que l'accoucheur appelé dans le cas d'une hémorrhagie qui accompagne ou qui suit immédiatement l'avortement, parviendra toujours à insinuer son doigt dans l'utérus. Ce manuel opératoire est d'ailleurs très complètement indiqué dans le mémoire du D^r Audebert ; nous n'y insistons pas.

Ce n'est qu'après avoir échoué dans une tentative de curage digital, qu'il faudra se résigner à l'emploi unique du tamponnement, moyen qui, je l'ai dit, est long, douloureux, mal supporté et infidèle. Mais alors, en fait de tamponnement, il vaudrait mieux pratiquer le tamponnement intra-utérin, si heureusement préconisé en France par M. Auvard.

De toutes ces considérations, nous croyons devoir conclure, que le curage digital est un procédé précieux et rapide d'hémostase, et que c'est à lui qu'il faut d'abord recourir, en présence d'une hémorrhagie abortive qui met les jours d'une femme en danger.

OBSERVATION III.

Archives de Tocologie, 1877, page 47 (Docteur TRIAIRE DE TOURS).

Le 22 mars 1876, à 3 heures du soir, je fus appelé à peu de distance de Tours, auprès de Mme X... affectée, disait-on, de violentes douleurs abdominales dont la cause paraissait inconnue. Cette dame âgée de 35 ans environ, parfaitement constituée, grande, forte, d'une belle carnation, jouit de toutes les apparences d'une belle

santé quoiqu'elle soit affectée de gravelle, et ne soit pas ordinairement réglée. Elle a eu il y a cinq ans une fausse couche. Actuellement ses règles sont supprimées depuis plus d'un an, ce qui lui est déjà arrivé fréquemment sans qu'il y ait de grossesses. Quand elle voit, après ces longues intermittences, elle éprouve de douloureuses crises dysménorrhéïques liées à l'expulsion de quelques gouttes de sang. Au bout de quelques heures, tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine crise assez éloignée.

A mon arrivée auprès de son lit, elle me raconte que ses douleurs survenues après une vive contrariété, durent depuis la veille au soir ; elle a perdu comme d'habitude une petite quantité de sang, et en outre, une assez grande quantité d'eau. Loin de faiblir comme c'est d'ordinaire, ses douleurs ne font qu'augmenter d'intensité, c'est ce qui l'a décidé à me faire appeler. Quoique je sois habitué chez elle, à ces crises de dysménorrhée, l'écoulement d'eau qui m'est signalé, l'intensité des douleurs, leur analogie avec les contractions utérines pendant le travail, me font soupçonner, qu'il pourrait bien s'agir cette fois d'une grossesse ignorée par la patiente. J'explore aussitôt l'abdomen que je trouve développé comme il l'est pendant une grossesse de quatre ou cinq mois, et constate pendant une douleur, la tumeur globulaire et résistante que présente l'utérus gravide en question. Je demande à pratiquer le toucher, et mes soupçons déjà confirmés par l'exploration externe deviennent une certitude absolue, lorsque je trouve un fœtus de petit volume engagé à travers l'orifice par les extrémités inférieures. J'annonce alors la grossesse et l'avortement imminent ou plutôt immédiat. En effet les douleurs se soutenant, un fœtus mâle long de dix à dix-huit centimètres et présentant tous les caractères qu'offre ce produit de la conception entre quatre et cinq mois, est bientôt expulsé seul et sans perte de sang. Le placenta reste dans la matrice.

Après avoir attendu 15 à 20 minutes, j'exerce avec la plus grande douceur quelques légères tractions sur le cordon. Aux premières tentatives, je sens que cette tige fort ténue et fort fragile comme elle l'est à cette époque de la vie fœtale va se rompre. J'abandonne alors ce moyen d'extraction et porte le doigt sur l'orifice pour re-

connaître la situation, disposé, si le placenta est engagé dans le col à introduire deux doigts ou une pince pour l'entraîner. Cette exploration me fait renoncer à mon idée, le placenta n'est nullement engagé dans le col ; je l'atteins bien avec l'indicateur, mais je reconnais l'impossibilité de l'extraire, sans faire subir à l'utérus une violence plus ou moins grave, qui ne me paraît pas justifié en l'état de choses, puisque Mme X... ne perd pas une goutte de sang. Cet examen ne m'a demandé que quelques minutes et n'a nullement fatigué la patiente. Je le renouvelle au bout d'une demi-heure, après de nouvelles tentatives de tractions sur le cordon qui sont aussi infructueuses, et la situation restant la même je m'arrête à l'expectation. Je conseille à la malade le repos, le calme le plus absolu, et une surveillance active afin de se mettre en garde contre les hémorrhagies.

Le soir à 10 heures, je revois la malade, elle est bien, pas d'écoulement sanguin, ou écoulement insignifiant. Pas de fièvre, pas de douleurs.

23 mars. — A 8 heures du matin, je trouve Mme X... dans le même état, mais je commence à m'inquiéter des conséquences possibles de cette rétention prolongée et prescris un traitement antiseptique composé d'une potion à l'alcool et une d'aconit et d'injections de camomille additionnée d'hypochlorate de soude.

4 heures du soir. — L'état est moins satisfaisant, la malade est abattue, le moral déprimé. Pas de fièvre, le pouls est plutôt faible. Ecoulement sanguin toujours modéré. Quelques taches seulement sur la serviette. Mêmes traitements.

Le 24, à huit heures du matin, je fais ma visite et trouve la malade et sa famille excessivement alarmées. Mme X... a eu, dit-on, un violent frisson qui aurait duré, dit-on, une heure. A ce moment, la chaleur est revenue, le pouls est ample, à 85°. La face est légèrement colorée, la langue saburrale. L'écoulement est toujours très faible, d'un rouge jaunâtre, d'odeur assez forte. Je prescris un gramme de sel quinique et fait continuer l'aconit et les injections.

A six heures du soir la malade a eu un second frisson, mais moins long que le premier, la famille est de plus en plus alarmée. J'appelle

en consultation mon éminent confrère, le D^r Herpin, directeur de l'École de médecine de Tours et je fais continuer le même traitement.

Le 25, à dix heures du matin, nous voyons Mme X... avec M. Herpin et nous constatons qu'elle a passé une assez bonne nuit. Pouls 86. Chaleur mate, pas de douleurs au ventre. Écoulement d'un jaune pâle très fortement odorant. Au toucher, on constate qu'aucune portion du placenta n'est engagée dans l'orifice. Continuation du même traitement.

5 heures. Même état pas de frissons.

Le 26, dix heures du matin. La scène a changé pendant la nuit. La malade a senti quelques coliques ; on l'a placée sur le vase et elle a rendu pour la première fois quelques caillots suivis bientôt du placenta. Elle se trouve bien. Pouls 80. Pas de chaleur à la peau. Pas de douleurs au ventre. Le placenta volumineux est intact et frais, sauf en un point, où il présente une tache noirâtre, putrescente, de la largeur d'une pièce de deux francs.

A partir de ce moment, Mme X... a été très bien. Les suites de la fausse couche ont été normales. Quinze jours après la malade se levait parfaitement rétablie.

Nous empruntons à la thèse du Docteur Audebert les deux observations suivantes qu'il a lui-même prises dans une clinique de notre savant maître, M. le Professeur Tarnier, en date du 11 mars 1890.

OBSERVATION IV.

Avortement. — Rétention du placenta pendant cinquante-huit jours. — Hémorrhagie sept jours après la délivrance. — Délivrance naturelle. — Traitement par les injections intra-utérines au permanganate de potasse. — Guérison.

La nommée X... primipare, âgée de dix-sept ans et demi, couchée d'abord au lit n° 3, puis salle des accouchements, lit n° 24. Les dernières règles ont eu lieu le 28 juillet. Le 15 décembre, perte de sang

peu abondante mais qui continue tous les jours jusqu'au 28 décembre. Quelques jours auparavant, elle s'était fait arracher une dent, c'est là, d'après elle, la cause de cette hémorrhagie ! Sans admettre d'une façon absolue, l'opinion de cette femme à ce sujet, nous pensons qu'en général, on doit interdire aux femmes enceintes de se faire arracher une dent. Et notez que souvent, elles réclameront l'intervention d'un dentiste, car pendant la grossesse, la carie dentaire est fréquente. On doit, disons-nous, éviter ce léger traumatisme par suite de la perturbation morale qu'il amène chez les femmes grosses.

29 décembre. — Elle entre à la clinique.

L'utérus a le volume ordinaire, elle souffre seulement de petites coliques.

1^{er} janvier 1890. — Elle expulse un fœtus de 450 grammes. Le placenta est retenu.

L'utérus remonte encore très haut, à moitié chemin entre le pubis et l'ombilic.

On lui fait de fréquentes injections (toutes les trois heures) avec un antiseptique dont l'emploi répété ne peut amener comme les sels de mercure, ni de l'intoxication, ni de l'inflammation comme l'acide phénique : le permanganate de potasse.

A la vulve pansement iodoformé.

Cet état se prolonge fort longtemps.

La ligne thermométrique absolument normale, reste entre 37°4 et 37°6.

Pas d'hémorrhagie, pas de douleurs, santé excellente.

4 février 1890. — Expulsion d'un liquide brunâtre analogue à du chocolat ou à du marc de café de mauvais aloi.

Les injections ressortent tantôt claires, tantôt teintées par le liquide en question.

Est-ce l'issue en détail du placenta.

Le liquide recueilli, mis dans un bocal, laisse au fond du vase un résidu solide. Même état jusqu'au 21 février.

Ce jour-là, la malade veut absolument partir, il est impossible de

l'en dissuader, mais elle est prévenue qu'une hémorrhagie viendra bientôt la forcer à rentrer.

Le soir même de sa sortie, 21 février, sous l'influence de la marche ou d'une autre cause se déclare l'hémorrhagie prédite.

27 février. — A son atelier, elle est prise d'une autre hémorrhagie très abondante qui la force à rentrer à l'hôpital ; le soir même à neuf heures, elle expulse son placenta.

Il avait eu 58 jours de rétention. Le placenta n'était nullement altéré, simplement décoloré, blanc jaunâtre. Il était replié, contourné de façon à ce que sa surface utérine fut en entier étalée. On ne trouvait aucun vestige de cordon ou de membranes, qui avaient dû être dissociés, et avaient fourni les matériaux solides en suspension dans le liquide dont nous avons parlé.

Les cotylédons étaient bien marqués.

L'aspect général était, à s'y méprendre, celui d'une cervelle de mouton. Il n'y avait pas la moindre odeur.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est cette rétention du placenta pendant 58 jours, sans amener d'accidents immédiats.

A peine a-t-on constaté une hémorrhagie au moment de l'expulsion du placenta.

Des accoucheurs hardis et audacieux, n'auraient évidemment pas hésité à employer la curette.

Voici, à ce propos, les conseils que nous a donnés notre illustre maître, conseils basés sur une longue expérience et qui peuvent servir de guide aux jeunes médecins.

On aurait peut-être pu, par l'emploi de la curette, éviter ces hémorrhagies ; en tout cas, je ne sais pas si les ennuis que j'ai eus, n'auraient pas été plus considérables avec le curettage. Jeunes accoucheurs, en pratiquant le curettage, vous faites souvent une opération inutile par la raison bien simple que les femmes expulseront spontanément leur placenta.

OBSERVATION V.

Avortement. — Rétention placentaire. — Hémorrhagie. — Dilatation avec le ballon dilatateur. — Extraction manuelle du placenta inséré sur un fibro-myxome. — Guérison. (Thèse du D^r AUDEBERT).

Femme X..., couchée lit 10 de la Salle de gynécologie.

Multipare, elle a eu cinq grossesses normales et à terme, et une fausse couche.

Dernières règles au mois de septembre 1889.

Du 2 au 16 octobre. Hémorrhagie.

Au commencement de janvier, nouvelle hémorrhagie.

15 janvier. — Troisième perte de sang plus abondante que les précédentes, elle continue à perdre les jours suivants avec de légères intermittences.

3 février. — Elle entre à l'hôpital.

L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

Le col n'est pas modifié.

État anémique très prononcé.

Repos. Injections au sublimé. Lavements laudanisés.

6. — Quatrième hémorrhagie.

12. — Un petit cordon apparaît à la vulve.

Le col, fermé a toute sa longueur, et ne paraît avoir aucune tendance à se dilater.

Il ne présente pas de cicatrices marquées. Il est même plus dur, plus résistant qu'à l'état normal.

13. — A la suite de contractions utérines assez énergiques, expulsion d'un embryon de 180 grammes.

Pas de délivrance.

Rétention du placenta.

Précautions antiseptiques. Lavages au sublimé. Pansement iodoformé à la vulve.

1^{er} mars. — Hémorrhagie.

4. — Nouvelle hémorrhagie, inquiétante à cause de son abondance, traitée par les injections vaginales très chaudes.

5. — La femme est pâle, très affaiblie, et ne paraît pas devoir résister à une nouvelle hémorrhagie.

On pouvait alors se demander s'il n'y avait pas lieu, la malade étant mise en position obstétricale, de la chloroformer, d'abaisser l'utérus avec une pince de Museux, de dilater le col au moyen des dilateurs de Hegar, et de pratiquer le curettage. Mais le col était dur, résistant, la dilatation aurait été peut-être longue, à coup sûr difficile. « La curette est aveugle, j'aime bien mieux intervenir avec les doigts ».

Pourquoi ne pas suivre ici, la même conduite que pour obtenir l'expulsion d'un œuf entier, pour provoquer un accouchement prématuré ?

On introduit en effet, un ballon dilateur dans la cavité utérine.

6. — Le lendemain le ballon était dans le vagin ; la dilatation était égale à la dimension d'une pièce de cinq francs argent, le col effacé, on arrivait facilement sur le placenta, qui était sur le point de s'engager dans le canal cervical.

Le placenta reste là, à cheval sur l'orifice, comme fixé.

Le col reste immobile.

Le soir du 6. Petite hémorrhagie de 150 grammes, qui, chez cette femme déjà très anémiée, se traduit par de la dyspnée, par un abaissement du pouls, etc.

Eau chaude, Tête basse. Injection d'éther.

7. — On transporte la femme sur le fauteuil à spéculum, avec toutes les précautions possibles. On abaisse le dossier du fauteuil, pour avoir un plan horizontal. Il y a, en effet, une grande importance à ce que la tête de l'opérée ne soit pas située plus haut que le corps : une syncope serait possible, et une syncope probablement mortelle.

Précautions antiseptiques.

Une grosse masse placentaire était dans le vagin. La veille, M. le docteur Tissier, chef de clinique, avait introduit un doigt dans la cavité utérine, et l'avait trouvée adhérente en avant.

Une partie du placenta était encore dans le col ; on enlève le placenta mais avec une légère déchirure.

L'arrière-faix présentait le même aspect que le précédent, sans aucune trace de putréfaction. Un cotylédon était légèrement éraillé.

« Sur la face antérieure de l'utérus, je sentais en effet, un cotylédon adhérent, irrégulier. Dans l'intention de le décoller et de l'extraire, je passai deux doigts jusqu'au-dessus de la tumeur et je l'attaquai, de haut en bas, à son insertion sur la paroi, avec la pulpe de mes doigts et mes ongles ; il me fut impossible de la décoller. La surface à la périphérie, était lisse et irrégulière. Sur cette surface je n'avais pas prise et je ne pus rien enlever. Au centre, existait une petite masse moins dure, déchiquetée, qu'il me fut facile d'arracher, de fragmenter, et d'extraire et, au-dessous de ces fragments enlevés, je retrouvai une masse qui avait la même consistance, la même régularité que sur la zone périphérique. Entre les deux ongles, j'en saisis une petite portion, et je la confiai à M. Vignal qui put me dire, quelques instants après, que cette tumeur était constituée par un fibro-myome, et qu'il n'y avait pas retrouvé de villosités chorionales ».

Il existait donc un fibrome sur lequel le placenta était inséré ; tout le placenta avait été extrait. Le corps fibreux restait seul.

Pansement à la gaze salolée. (La gaze iodoformée pouvant causer une intoxication).

La femme fut rapportée dans son lit avec les mêmes précautions.

Elle avait à peine perdu quelques gouttes de sang.

Depuis l'opération, elle va bien, et tout fait prévoir une guérison prochaine.

OBSERVATION VI.

Rétention du placenta pendant neuf semaines après un avortement de trois mois et demi (American journal of Obstetric., janvier 1888).

Le docteur Mac Lean a présenté le placenta expulsé par une patiente, venue le consulter il y a trois jours pour une métrorrhagie.

Elle a raconté qu'elle avait avorté en septembre et que le médecin de sa famille pensait que l'avortement était complet. En l'examinant, il avait trouvé un utérus gros, d'où sortait du sang, il avait ordonné de l'ergot, et deux jours après le placenta était expulsé.

Le président fait observer qu'il n'avait jamais vu un placenta conserver sa forme aussi bien après une rétention aussi prolongée.

Le docteur Janvier rapporte un cas qu'il a vu il y a neuf ans environ avec le docteur Hudson. La patiente avait avorté à trois mois et demi, et on supposait la rétention des membranes et du placenta. Elle continuait à perdre, et envoya chercher le docteur Hudson, qui trouvant l'utérus volumineux, dilata le col, et quarante-huit heures après le placenta sortit entier.

Le placenta fait remarquer l'inutilité des interventions, puisque les femmes peuvent garder impunément leur placenta.

Le docteur Grandier pense que de telles interventions doivent être considérées comme tout à fait exceptionnelles. Dans la grande majorité des cas, la santé de la femme est très bien assurée par les soins donnés à l'utérus.

Pour le docteur Mac Lean, la sauvegarde contre l'infection, est le fait que le placenta garde ses connexions avec l'utérus. Pour lui, la putréfaction exige naturellement l'intervention.

OBSERVATION VII (inédite).

Louise B., brodeuse, 39 ans, née dans l'Yonne, habite Paris depuis 1867, entrée le 17 avril 1889.

A été élevée au sein par sa mère. Age de la marche inconnu.

Pas de maladies antérieures. Réglée à 15 ans, perd de sept à huit jours, avec douleurs.

Mère morte d'une tumeur à l'abdomen.

Frères et sœurs bien portants.

Mari assez fort. Taille moyenne. Jamais malade.

Seize grossesses, dont neuf à terme et sept accouchements prématurés dont un double.

1^{re} grossesse en 1870, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 23 heures. Suites de couches bonnes.

Enfant vivant, très bien portant, élevé au sein par sa mère.

2^e grossesse en 1872, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 12 heures. Suites de couches bonnes. Enfant vivant,
bien portant, élevé au sein par sa mère.

3^e grossesse en 1874, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 8 heures. Suites de couches bonnes. L'enfant élevé
au biberon, est mort à 2 mois 1/2 d'une méningite.

4^e grossesse en 1875. Fausse couche double de sept semaines.

5^e grossesse en 1876, a bien évolué. Enfant à terme, Sommet.
Durée du travail, 6 heures. Suites de couches bonnes. Enfant vivant
et bien portant. Elevé au sein par une nourrice.

6^e grossesse en 1877, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 9 heures. Suites de couches bonnes. Elevé au bibe-
ron par une nourrice. Mort à 3 mois. Maladie inconnue.

7^e grossesse en 1878. Fausse couche de 3 mois.

8^e grossesse en 1879, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 5 heures. Suites de couches bonnes. Enfant élevé
au sein par sa mère. Mort à 8 mois d'étouffements.

9^e grossesse en 1880, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 5 heures. Suites de couches bonnes. Enfant vivant
et bien portant, élevé au sein par sa mère.

10^e grossesse en 1883, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 4 heures. Suites de couches bonnes. Enfant vivant
et bien portant, élevé au sein 4 mois 1/2 par sa mère, puis au bi-
beron.

11^e grossesse en 1884, a bien évolué. Enfant à terme. Sommet.
Durée du travail, 5 heures. Suites de couches bonnes. Enfant mort
21 jours après sa naissance par hémorrhagie du cordon ombilical,
(Ligature mal faite) élevé au sein par sa mère.

En 1885, avortement de 4 mois.

En 1886, » » 2 mois.

En 1887, » » 2 mois.

En 1888, » » 2 mois 1/2.

Ces avortements sont attribués par la femme à des hémorrhagies continuelles ayant lieu tous les jours et évaluées par elle à un demi verre par jour.

16^e grossesse. Dernières règles du 8 au 16 janvier. Cette date est presque certaine, la malade perd chaque jour une aussi grande quantité qu'à l'époque de ses règles.

La malade se croit enceinte du 20 janvier. Rien à noter, ni vomissements, ni aucuns signes subjectifs sauf une grande faiblesse.

Il y a 8 jours, elle dit avoir perdu deux ou trois verres d'eau pendant la nuit, et chaque jour jusqu'à hier, elle dit avoir perdu une eau rousse épaisse, évaluée, à 3 cuillerées par jour.

Hier dans la nuit, pendant son sommeil, elle a été réveillée subitement par un écoulement de sang et d'eau, puis aussitôt après, l'œuf est sorti. Perte d'un caillot étalé, friable. L'arrière-faix étant resté dans la cavité utérine, on envoie chercher un médecin qui envoie la femme à la clinique.

Température 38°. Pouls 84.

Nuit du 17 au 18 avril. T. 37. P. 76.

Aucun changement. Utérus en antéversion aplati. Signe d'avortement incomplet.

24 avril. — Expulsion de parties semi-solides.

27. — Nouvelle expulsion, perd depuis deux jours.

27 soir. — Hémorrhagie à 8 heures 1/2. Expulsion d'une partie demi-solide.

5 mai. — Rien de nouveau, la malade sort sans autorisation.

Le traitement a consisté en injections chaudes au permanganate.

OBSERVATION VIII (inédite).

Marie B... 34 ans, journalière, née dans le Lot, à Paris depuis 5 mois. Elevée au sein par plusieurs nourrices. A marché de bonne heure. Réglée à 13 ans, très régulièrement, pendant 4 jours, fièvre typhoïde à 16 ans.

1^{re} grossesse en 1883. A terme. Bon accouchement. Sommet. Suites de couches bonnes. L'enfant élevé moitié au sein, moitié au biberon. Meurt à 7 mois d'érisypèle.

2^e grossesse en 1888. Bon accouchement à terme. Garçon élevé au sein par sa mère pendant 4 mois, puis au biberon à cause d'une nouvelle grossesse qui survient.

3^e grossesse. Après le 2^e mois, changement dans les idées qui deviennent moins nettes. Accouchement à 4 mois environ, sur une route, d'un embryon de 10 à 15 centimètres, se rend chez elle à pied. Avortement à 4 heures du soir. Délivrance à 2 heures du matin par un médecin qui tire sur le cordon. Pas de suite.

4^e grossesse. Tousse depuis 2 mois. Se plaint quelquefois de maux de gorge, n'a perdu ses cheveux qu'au moment de sa fièvre typhoïde. Pas de taches sur la peau.

On ne trouve également rien du côté du père.

Derniers renseignements. En janvier. Rien depuis, pas d'accidents, bon appétit, depuis quelques jours ne vomit plus, ne tousse plus.

Vers sept heures ce soir, prise de douleur, et ne pouvant plus se tenir sur ses jambes, elle s'est couchée. Le fœtus passe avec une perte de sang non appréciée, mais faible. On n'a pas cherché à faire la délivrance.

Le fœtus apporté par la femme, et expulsé chez elle paraît de deux mois. T. 37,6.

Le col est entr'ouvert, on y sent une petite masse placentaire, engagée, qu'on suit jusque dans l'utérus. Urine normale.

Le traitement a consisté en injections vaginales fréquentes.

11 mai. — Expulsion spontanée du placenta à 8 heures du matin. Injections intra-utérines. Placenta petit, normal.

OBSERVATION IX (inédite).

Rétention du placenta pendant quatorze heures.

La nommée Marie M. . . rentière, bon tempérament, bonne constitution, entre le 9 mai 1891 à la clinique.

Age de la marche inconnu.

Élevée au biberon.

Premières règles à 11 ans. Durée de 2 à 3 jours régulièrement.

Première grossesse en 1886. Avortement à 5 mois 1/2.

Deuxième grossesse en 1890. Avortement à 2 mois 1/2.

Aucunes suites fâcheuses.

A l'heure actuelle pas d'endométrite, pas de flueurs blanches.

Dernières règles du 13 au 15 décembre 1890.

Perte de sang du 9 avril au 11 mai 1891. Ces pertes de sang ont duré nuit et jour sans discontinuer.

Le vendredi 8 mai à sept heures, la malade a ressenti des douleurs qui ne se sont arrêtées que le samedi 9 mai à six heures du matin. A cette heure, la malade s'est aperçue qu'il y avait un pied à la vulve. On fait appeler un médecin, qui tire sur le pied et retire tout le membre inférieur. Il fait de même pour l'autre membre.

La malade affirme que les tractions ont été légères.

Il a ensuite mis la main dans le vagin et retiré le tronc mais laissé la tête dans l'utérus.

La femme arrive à la clinique le samedi avec des douleurs violentes, qui ont duré jusqu'au dimanche 3 heures du soir, où la tête est sortie.

Cette tête était à peine macérée, et la langue sortait de la bouche comme la langue d'un pendu.

Le placenta, est sorti à la suite d'une injection de permanganate de potasse le 11 mai à 5 heures du matin.

Les membranes sont restées dans la cavité utérine.

La femme a perdu une très légère quantité de sang.

Actuellement son état est très satisfaisant.

OBSERVATION X.

Mlle P..., 25 ans, modiste. Bonne constitution. Pas de maladies antérieures. Flueurs blanches habituelles.

En 1890, la malade a fait une fausse couche de 4 mois 1/2, provoquée par une sage-femme. Les suites en ont été très simples.

Au bout de huit jours de repos au lit, elle s'est levée, et elle déclare s'être toujours très bien portée depuis. On n'a pas de détails sur la délivrance, elle dit simplement que la sage-femme est venue deux fois.

Le 14 février 1891, étant enceinte de quatre mois, elle est retournée chez une autre sage-femme, qui dans l'après-midi, lui a fait une injection intra-utérine. Elle fit ensuite une promenade en voiture, puis se livra à plusieurs coïts. En rentrant chez elle, elle était en proie à de vives douleurs, qui devinrent intolérables quand elle fut couchée. Hémorrhagie. Elle porte la main dans le vagin, et sent une masse de chair qu'elle retire elle-même. Et de quatre heures à six heures du matin elle « retira en plusieurs fois, des caillots et des morceaux de chair ». Elle reste couchée toute la matinée, souffrant toujours, enfin vers deux heures de l'après-midi, elle va se promener, mais rentre au bout de peu de temps par suite de douleurs.

La nuit est très mauvaise.

Le lendemain les douleurs sont moins vives et elle a un peu de repos.

15 février 1891. — La malade reste couchée toute la journée, les douleurs sont sourdes. Elle perd un liquide roussâtre.

Dans la nuit, elle est prise de fièvre. Les pertes sont moins abondantes, mais légèrement fétides. A quatre heures du soir, on appelle un médecin, et on constate de la fièvre. 39.2, du subdelirium, la malade est prostrée, et a par moments des accès d'agitation.

La peau est sèche, la langue sale, l'haleine fétide. Le ventre est ballonné, très douloureux à la pression. Crampes dans les membres inférieurs.

Le toucher est difficile à pratiquer à cause de l'agitation de la malade. On remarque cependant que le vagin est chaud, le col ramolli, le vagin est rempli de pus fétide.

Traitement. — Repos complet. Cataplasmes. Lavements laudanisés. Injections vaginales chaudes, toutes les deux heures avec du sublimé au 5/1000. — A l'intérieur, 1 gr. 50 de sulfate de quinine.

Le lendemain même température, 39°. La nuit a cependant été plus calme, le ventre est moins douloureux. Pas de nausées.

La malade est placée dans la position gynécologique, on l'examine au spéculum. Le vagin est plein de pus épais, et laisse voir le col ramolli et ayant une érosion de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

A ce moment, par un interrogatoire minutieux, on apprend que la vaginite dont souffre la malade pourrait être devenue blennorrhagique depuis quinze jours environ. L'individu, ayant avoué l'existence d'une blennorrhagie guérie récemment. On entre dans l'utérus, une sonde en gomme et on fait une injection de 250 grammes de sublimé. On continue les injections toutes les deux heures.

Le soir lavement laxatif, puis lavement laudanisé. T. 39°.

Le 24 février 1891. Deuxième lavage utérin. Même traitement. T. 39°.

Le 22. — En présence de la fièvre persistante, et voyant que l'écoulement vaginal est presque aussi abondant, on dilate rapidement le col avec un dilatateur à trois branches, et on fait un curettage qui ramène des débris violacés. L'hémorrhagie est légère, et cesse avec le raclage. On bourre de gaze iodoformée l'utérus et le vagin, après avoir fait un grand lavage antiseptique.

Le soir T. 38°,9.

23. — T. 38°5. On change les tampons vaginaux qui sont pleins de liquide puroïde. Soir T. 38°,7.

24. — T. 38°,5. On enlève le pansement. Lavage de la cavité utérine et du vagin. Nouveau pansement. Soir T. 38°.

25. — La nuit a été calme, le ventre n'est presque plus douloureux, pas de ballonnement. T. 37°,5.

26. — Nouveau tamponnement; à partir de ce jour la température est normale.

Pendant les 15 jours suivants, on continue les tamponnements et les lavages tous les deux jours. L'utérus redevient normal, mais la vaginite continue. On ajoute au pansement, de la poudre d'écorce de chêne et de l'iodyol.

Au bout de six jours de ce nouveau traitement, la vaginite est guérie et la malade part pour la campagne.

Rentrée à Paris trois semaines plus tard, la malade se livre de nouveau à de nombreux coïts suivis, cinq ou six heures après d'ovairite aiguë du côté droit, avec péritonite localisée et vomissements.

Un médecin appelé constate que le poulx est filiforme, le facies grippé, la malade a coup sur coup deux syncopes. Vessie de glace

sur le ventre qui fait rapidement disparaître les douleurs. La glace est laissée pendant huit jours et huit nuits.

Il reste à droite un point légèrement douloureux. Cul-de-sac légèrement empâté. Injections chaudes toutes les deux heures. Au bout de dix jours. L'utérus devient mobile. Le point douloureux a presque disparu. La malade repart pour la campagne. La vaginite qui avait reparu, est guérie par les injections.

Conclusions

Nous pouvons résumer ainsi le traitement de la rétention du placenta :

I. — Expectation antiseptique, par des injections soit de permanganate de potasse à $\frac{1}{2000}$ soit d'eau phéniquée à $\frac{20}{4000}$ et pansement iodoformé ou salolé à la vulve.

II. — Dans le cas de menace d'infection par putréfaction du placenta on aurait recours au curage digital et antiseptique après dilatation.

III. — Si l'on est appelé au moment où la septicémie est généralisée, où les symptômes infectieux sont graves, devant l'imminence du danger il faudra pratiquer le curettage de la cavité utérine avec toutes les précautions antiseptiques.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
TARNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*
Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
Audebert. — (Thèse de Bordeaux), 1890.
Auschat. — *Deutsche med. Zeit.* 1885 et *Centrabl. f. Gyn.*, n° 45.
Bergesio. — *Revue italienne.* In répertoire universel d'obst. et gyn.
Boeters. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1877-1878.
Baugé. — *Lyon médical*, 1882.
Brun. — Thèse d'agrégation, 1883.
Barnes. — *Obstetrics operation*, 1874.
Bourgogne. — Thèse de Paris, 1891.
De Beauford (A.). — *Bulletin therap.*, 1879.
Chalot. — *Gazette hebdomadaire de Montpellier.*
Charpentier et Gallard. — *Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 1877.
Cordes. — *Ann. de gyn.*, tome VI.
Bold. — *Soc. méd. all. de New-York.* In Répertoire.
W. I. Cheatam. — *The medic. Record.* 1886. In Répertoire.
Courty. — Méc. de l'avort. In *Montpellier med.*
Mme Boivin. — *Recherches...* 1828.
Churchill. — *Theorie and Praticce of Midwifery*, 1866.
Fehling. — *Ueber die Behandluwig der Fehlgeburt.* In Stuttgart XIII. Bd.
 page 212.
Fraipont. — *Revue Belge.* In Répertoire.
Édis. — *Revue anglo-américaine.* In Répertoire.
Édison W. — Trait. curat. de l'av. In *obst. journal*, n° 31.
Barduret. — *Bull. de l'Acad.*, 1864.
Groskewitch. — *Revue russe.* In Répertoire.
Guéniot. — De la délivrance dans l'avortement. In *Bullet. therap.*, tome 78.
Genesteix. — Thèse de Paris, 1886.
Gerbaud. — Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
Guillemot. — Des avortements périodiques. In *archiv. gén. de médecine*,
 1836.
Isham. — Treatment of abort. by hypod. inj. of. morphia. In *the americ. j.*
 1883.
 — Id. 1880.
Kehrer. — *Klinische Beitrage zur. vergb. exper. Geburtskunde.*
Kuestner. — Ueber Behandlung des abort. au *Cent. f. Gyn.*, 1883.

- Hervieu.** — *Arch. de tocol.*
Høebake. — Thèse de Paris, 1842.
Mme Lachapelle. — *Pratique des accouchements.*
Mauriceau. — *Aphorismes.*
Macau. — *Trait. de l'avort. (Philadelphie med. New., 1884).*
Mozar. — *Dissert. mang. Breslau, 1884.*
Munde. — *Zur Behandlung der Blutige Nach. abort. Cent. fur. Gy., 1878.*
— *Ret. du Plac. au Journal of. obstet., 1882.*
Smellie. — *An. du Machestock, t. 1, p. 168.*
Schrøder. — *Trait. de l'avort., 6^e édition.*
Martinow. — *Revue Russe. In Repert.*
Veit. — *Ueber die Behandlung, die Fehlgebert IV. Beand.*
Varnes. — *Revue anglo-américaine. In Répertoire.*
Scanzoni. — *Geburtshulfe, 3^e éd. 1855.*
Garimond. — *Montpellier médical, 1867.*
D. St-Germain. — *Trait. des fausses couches, 1853.*
Luc. — *Bullet. Soc. anat., 1881.*
Schwarz. — *Wolkmann's san Klin Vortrage, n° 241.*
Mathews Duncan. — *Clinical Lectures of the diseases of Women, 1886.*
Osiander. — *Ursachen und Hulfanzeigen der unregel massigen Geburt, 2^e édit.*
Sullivan. — *Revue anglo-américaine. In Répertoire.*
Playfair. — *Treatise on the science and Practice of Midwifery, 1876.*
Macdonald. — *Obstetric. journ. of Guet. Butam. 1880.*
Ambroise Paré. — *Œuvres complètes. Chassaignac.*
Priestley. — *On the treatment of cases of abortion in Whichs the Placenta and Membranes an retained (in the Transat of the Obstetric. Soc., 1862).*
Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchements, 2^e vol.*
Albertin. — *Lyon, 1887.*
Auvar. — *Antisepsie obstétricale (Arch. toc., 1888).*
— *Thérap. de l'avort. (Gaz. hebd., 1886-1887).*
Berry-Hart. — *Placenta adhérent. Symptômes et traitement. (Edinburgund. Journal, 1889).*
Chaput. — *2 cas de ret. plac. (Soc. anat., Paris, 1890).*
Demelin. — *Trait. de la ret. de l'arrière faix (Revue gén. de clin., 1889).*
Dolériss. — *Conduite à tenir dans l'avortement (Nouv. archives d'obst. et de gyn., 1886).*
Mac Lean. — *Placenta retenu pendant neuf semaines après un avortement de 3 mois 1/2 (Americ. Journal of obstet., 1888).*
Remy. — *Quelques considérations sur la rétention place ntaire (Arch. tocol., 1889).*

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
